

Capítulo 3

Inclusión del niño en la familia. Vínculo madre-niño. Función paraexcitatoria, fallas y sus consecuencias

Reina Cheja - Haydeé Toronchik

Tipos de madres

Todos los autores se plantean cómo se produce el proceso de humanización del *infans*. La pregunta es si la humanización es un punto de partida o de llegada. Porque implica ser reconocido y reconocer, y también incluye un proceso de metabolización.

Partiremos del rol organizador de la relación madre-niño basada en los conceptos de investigadores psicoanalíticos de nuestro tiempo que dan importancia primordial a las fallas del desarrollo temprano en el condicionamiento de los trastornos. Subrayan el papel básico de la relación primitiva y empática para la estructuración de un yo bien integrado, y señalan el proceso con tendencia a producir una estructura débil y deforme. Demuestran que tanto la dedicación excesiva como su falta son dañinas; no en cuanto a su cantidad sino a su calidad, que es lo que interesa. Esta calidad depende de lo que la madre transmite y a su vez de la relación conyugal, destacando la importancia del rol del padre y la familia. La mala relación entre los padres como la falta de él puede condicionar una fusión intensa de la madre con el

hijo. Una madre que se aferra al niño dificulta la separación y la discriminación progresiva.

Otra de las fuentes que se debe metabolizar es el discurso sociocultural. P. Aulagnier (1975) define el grupo social como un conjunto de sujetos que hablan una misma lengua, regidos por las mismas instituciones, reglamentos y enunciados.

Cualquiera sea el modelo teórico elegido para explicar el comienzo de la vida psíquica, todos los autores postulan un tiempo de *fusión* entre el niño y su objeto primario.

Spitz habla de depresión anaclítica, basado en su teorización de "la elección anaclítica del objeto determinada por la dependencia del bebé con relación a la persona que lo alimenta, lo protege y lo mimó". Freud declara que al comienzo la pulsión se despliega anaclíticamente, es decir, apoyándose en la satisfacción de una necesidad esencial para la supervivencia. Spitz sigue apoyándose en Freud respecto de la evolución de la sexualidad y recuerda que en el curso de la fase autoerótica del desarrollo, es el propio cuerpo el objeto de satisfacción de las pulsiones. Se comprende entonces que la retirada del objeto materno tendrá importancia sobre la unidad psicosomática naciente del bebé: en ese tiempo toda pérdida objetal equivale a una pérdida de sí mismo o, dicho de otro modo, a una pérdida narcisista. Según este autor, después de la retirada del objeto materno las investiduras bipulionales relativamente indiferenciadas van a sufrir un doble proceso: una regresan hacia el objeto cuerpo propio y un cierto grado de desintrincación entre las dos polaridades pulsionales: sexual y destructiva.

Es aquí donde las formulaciones de Marty relativas a la ausencia de recursos objetales interiores en la depresión esencial adquieren toda su significación en tanto que huellas antiguas, reactualizadas por el movimiento de desorganización regresivo. Conduce al movimiento de regresión, a realizar un impacto sobre el propio cuerpo.

La mayoría de los autores considera la psique que empieza a formarse antes del nacimiento, con el embarazo, y otros lo ven a partir de la concepción, más aún, algo que se inicia con el deseo de tener el hijo junto a fantasías que la acompañan. Este deseo constituye la base y el fundamento afectivo que asegurará el buen desarrollo del bebé al reforzar o debilitar los factores orgánicos y mentales, hereditarios o adquiridos que intervienen en el proceso.

Los niños privados de madre o sustituto estable y cariñosa, muestran manifestaciones físicas y psíquicas que tienen que ver con

inadecuada función materna. Estas manifestaciones corresponden, según el momento evolutivo, a diferentes cuadros psicopatológicos que van desde trastornos psicosomáticos a la psicosis. Dichas patologías pueden ocurrir en cualquier nivel socioeconómico y van en aumento en nuestra cultura occidental. Para comprender su efecto hay que conocer bien el proceso evolutivo sano y el daño que causa su distorsión.

Según las teorías del desarrollo temprano se incluyen dos líneas evolutivas: la libidinal y la psicosocial, que interactúan entre sí.

Las teorías del desarrollo psicosocial (Spitz, Winnicott, Mahler) coinciden en que hay diferentes etapas del desarrollo aunque cada uno le dé una denominación distinta. Todas estas teorías hablan de un primer período de indiscriminación yo-no yo. Winnicott establece etapas evolutivas desde el punto de vista de la dependencia del niño y plantea una dependencia absoluta inicial que se supera progresivamente para llegar a través de una dependencia relativa a la independencia. Él creó el concepto de madre devota que es condición necesaria para un bebé sano.

Al principio de la vida la madre transmite con sus cuidados adecuados y empáticos la sensación de confiabilidad al bebé, y él responde con vitalidad y crecimiento.

Liberman habla de la madre mete bombas que inculca en sus hijos sentimientos intolerables y que es el tipo de madre que origina patologías corporales más severas. También, la madre que rebota.

En el caso de la madre que rebota la angustia da lugar a una conducta de ausencia de comprensión, preocupación ansiosa e impotente (no sabe lo que le pasa al niño, necesita que detenga su llanto). Es una madre infantil y narcisista, ajena a las necesidades del hijo. Este se encuentra frente a una superficie lisa e impenetrable.

La vivencia del niño es que se desliza sin encontrar anclaje. Toda manifestación de ansiedad es vivida como una herida narcisista, un fracaso personal.

Marty ve en la capacidad de la madre para apreciar los deseos y necesidades del lactante que se produce por una profunda identificación y le permite ir regulando los tiempos y modos adecuados para ese hijo. Los trastornos en la elaboración mental de la madre podrían provocar fallas en la organización del aparato psíquico del niño con la consiguiente tendencia a la enfermedad somática. Habla de dos tipos de madres:

1. Madre que satisface

La madre o sustituto cumple una función primordial en cuanto a registrar, es capaz de ayudar al niño a que el caudal energético con el que nace se distribuya de manera adecuada. Es decir, pone en funcionamiento todo su potencial energético llevando a cabo funciones que permitan la simbolización de afectos y representaciones. El caudal energético del niño deviene, por un lado, de su interior, de ese *quantum* de excitación que debe canalizar en actividades, al principio, como descarga y que paulatinamente canaliza por medio de representaciones mentales. Es decir, una madre que sea capaz de detectar cómo es su bebé y no cómo desearía que este hijo sea, una madre que está alerta con respecto a la invasión de sus excitaciones internas como de los estímulos externos: función paraexcitatoria.

2. Madre calmante

Es la versión inadecuada de la madre que calma. Pretende obtener el reposo de una tensión o excitación sin las características peculiares de ese momento. No tiene empatía con el niño. El padre o madre calmante son aquellos que desvían el proceso de desarrollo normal llevándolo a una estructura con tendencia psicósomática, por ejemplo, tratan de calmar al bebé que llora con una conducta excitante como tirarlo al aire o pretender hacer dormir a un niño en un momento en que necesita estimulación, o excitarlo por medio de actividades que no siempre son las que el niño necesita.

La constitución de un sistema paraexcitatorio prematuro por cierta carencia de apoyo del medio tiende a constituir una investidura permanente que lo lleva a la sobreadaptación. Las fallas en estas funciones se deben al narcisismo materno que actúan interfiriendo con la capacidad defensiva del bebé.

Al principio, el yo apenas esbozado no dispone siquiera de las defensas más elementales, defensas que debe suplir inevitablemente el yo de la madre.

Conocemos distintas variedades del narcisismo materno que obstaculizan el logro de la función simbólica plena:

1. Madre que satura al bebé por su ansia insaciable de cercanía y de contacto, deseando mantener para siempre la fusión, no le da

ocasión para frustrarse, no deja lugar para la representación de la ausencia.

2. Una madre muy severa y restrictiva que no acepta sus propios impulsos libidinales, inhibe las funciones autoeróticas de su hijo y bloquea al mismo tiempo las fantasías acompañantes.
3. Una madre narcisista que solo registra sus propias necesidades y no repara en las señales que indica el bebé respecto de sus deseos, ahoga todo intento de comunicación, de sus necesidades tanto afectivas como corporales, obstaculizando el pasaje a la simbolización. Al no ser atendidas sus señales, el bebé se paraliza, se somete, no percibe sus propias necesidades, desatectiza sus percepciones internas y sobrecarga su percepción externa con consecuencias muy dañinas para la construcción de su yo.
4. Una madre muy competitiva que quiere que el hijo sobresalga para poder lucirse con él, apura su desarrollo psicomotor, no le da tiempo para completar bien sus etapas. Inhibe así sus procesos y también su simbolización. Será adulto prematuramente, sobreadaptado, fijado a sus logros, en lo concreto en el reconocimiento.

Tales actitudes narcisistas de la madre no solo interfieren en el proceso de simbolización, sino que provocan en el niño, al mismo tiempo, dificultades para el reconocimiento de los afectos, porque las demostraciones afectivas que recibe no están dirigidas a él, sino como parte de la existencia materna. Por lo tanto, crean obstáculos en la diferenciación yo-no-yo, con la madre fusionada, el hijo no puede incentivar la discriminación. La falta de discriminación yo-no-yo, explica que los traumas emocionales, las pérdidas de objeto que no puede metabolizar por la falta de simbolización, se perciban como pérdidas del propio cuerpo, cuya imagen se deforma y pasa a manifestarse como trastorno corporal a través de dolor físico localizado.

Depresión en la infancia. Depresión materna. Efectos sobre el lactante y el niño

Depresión

La depresión implica que un sujeto perdió algo que no sabe qué es y aparecen una serie de procesos que el yo no puede manejar. En Freud tiene que ver con la pérdida del objeto que fue condición de autoestima para el yo; la depresión es consecuencia del duelo no elaborado; depresión como herida narcisista.

Para Winnicott, la pérdida de objeto puede producir frustraciones y la respuesta es el odio al objeto. También puede predominar la desilusión y, en ese caso, la respuesta es depresiva.

El modelo de la depresión anaclítica de Spitz ponía el acento en los efectos de la pérdida real de la madre en una fase precoz del desarrollo del niño.

A partir de aquí podemos puntualizar uno de los hallazgos basales en el trabajo de L. Kreisler (1985) en patologías psicosomáticas. En su observación de lactantes encontró en ellos depresión. A diferencia de la posición depresiva descrita por Melanie Klein en tanto posición estructurante y constructiva del aparato psíquico. La depresión descrita por Kreisler es altamente desorganizante. La depresión en el lactante tiene su pregnancia en patologías severas, como veremos más adelante.

Ante una situación de duelo es esperable que se sienta tristeza. En todo momento traumático y de dolor negar las situaciones de duelo no genera alivio al sujeto, por el contrario, ese dolor de alguna manera sigue operando y se expresa de otras formas, por ejemplo, problemas de concentración, inestabilidad, dificultad para estar solo, dificultades para estudiar, porque estudiar significaría ponerse a pensar y pensar no es solamente aprender cosas nuevas, sino también recordar cosas pasadas y en ocasiones lo que remite al pasado está relacionado a situaciones dolorosas, y por ser profundamente dolorosas el sujeto intenta borrarlas, o sea, es como si pasara una goma de borrar por su aparato psíquico, y esto no es bueno. Es normal también estar por momentos triste, estar por momentos abatido, es normal en el desarrollo de cualquier sujeto.

La semiología rigurosa a la que llegó Kreisler en sus trabajos está dada por:

1. La mirada es fija y sin pestañear.
2. La expresión temida de vigilancia es glacial.
3. Ausencia de risa o de sonrisa.
4. Lentitud de gestos.
5. Pobreza de vocalizaciones.
6. Desviación de la mirada.
7. Falta de respuesta postural y anticipación a la toma en brazos (el bebé no extiende sus brazos ante la intención de alzarlo).
8. Desgaste progresivo del desarrollo.

En la clínica psicosomática la depresión aparece:

- Como un proceso de desorganización somática.

Existe una amplia variedad de afecciones, que van desde rinofarinitis hasta enfermedades con mayor gravedad.

- Depresiones apabullantes hasta depresiones enmascaradas y camufladas que cortan la evolución del niño.

El abanico podría abarcar futuros problemas de aprendizaje hasta enanismo. En su etiología podemos encontrar una madre que está de duelo o duelando. La separación continúa siendo un factor importante pero no es la única; en este caso la madre está físicamente presente pero emocionalmente ausente. Lo propio de la depresión es que hay poca e insuficiente interacción afectiva. Las madres presentan una inhibición libidinal, una reducción de la mentalización y concentración en un pequeño número de ideas, suspensión del pensamiento en el presente, alteración de la anticipación. Así, el niño está carenciado en sus necesidades e imposibilitado de investir objetos que lo estimulen. En la observación del bebé deprimido encontramos que hay una caída de las iniciativas, pocas respuestas a las solicitudes. Cuando la madre cae en depresión se produce un cambio brutal inmutativo en la relación madre-niño. De una relación rica, feliz, activa se cambia a intercambios pobres, sin tono, muertos. A partir de ese momento, la interacción entre dos compañeros depresivos, la función contenedora de la madre en duelo se transforma en un fracaso en la adaptación de la madre al bebé, su diálogo con el niño es denso, desvitalizado.

Se denominan formas pseudodepresivas cuando esto ocurre ante sufrimientos graves y prolongados. Aquí presenta las mismas

características que la depresión en los lactantes y fundamentalmente lo que se encuentra es una atonía psicomotriz. Evolucionan en formas agudas y subagudas en semanas o en meses, sorprenden por la desinvestidura brusca como su rápida vuelta al estado anterior por reinvestidura. Persistencia de la depresión (condiciones patógenas) fundan el capítulo de las frustraciones crónicas: es una insuficiencia permanente del vínculo, y corresponde al llamado comportamiento vacío. El niño se identifica con la vacuidad afectiva materna, se torna indiferente al vínculo y a las relaciones objetales. Faltan en él comportamientos autoeróticos y de angustia frente al extraño. Destacaremos que atonía no es atrofia, ya que en la atonía es posible su reversibilidad. Si se atiende, se modifican sus condiciones, se da inmediatamente el empuje de sus pulsiones de vida que están listas para ser reanimadas.

La descripción de las inorganizaciones mentales severas está ligada a la patología del niño relegado, maltratado, marginado, estos maltratos son elementos esenciales. Graves desórdenes emocionales dan lugar a vulnerabilidad y a desorganización somática.

Como un telón de fondo, estos niños tienen una depresión constante, su efecto se evidencia en el desarrollo del pequeño porque se alteran la motricidad, el lenguaje, la organización temporo-espacial y suele aparecer déficit intelectual que va de serias dificultades escolares a alteraciones en la identidad. Se lo denomina *inmadurez* por la ausencia de vínculos entre los distintos sectores de la personalidad.

Los vínculos patógenos operan como trauma porque privan al niño de aportes afectivos fundamentales y también de estimulaciones, estos traumas cronifican la frustración y el niño queda instalado, atrapado allí. Es conocido el ejemplo del enanismo dónde el niño al ser alejado de su familia, crece.

Se observó en esas madres que durante su infancia habían sufrido carencias graves, maltratos, seducciones y violencia. Repiten con sus hijos esta misma situación. El pronóstico es incierto. La Escuela Psicosomática de París dice que estas son preforma de los estados *border-line* en la adolescencia y en la edad adulta.

Fenómenos depresivos primarios

Una de las observaciones de Kreisler (Op. cit.) a un bebé de alrededor de tres meses con anorexia primaria severa afirma que la madre tenía un vínculo desértico. El niño no succionaba, solo tomaba algún

alimento por cucharadas. Su mirada era ávida a las personas y a los objetos, pero lateral a la madre.

Si se encuentra que hay madres que tienen depresión posparto, a los tres meses el niño tiene una conducta parecida a la madre; en cuanto a la depresión, también hay depresiones en el embarazo y en la vida neonatal, y en el niño puede aparecer hipoactividad y poca capacidad de reacción. Siempre afecta más al niño la falta de disponibilidad materna lo que dificulta más la separación. Una madre deprimida puede llevar a un bebé a patologías duraderas. Si no está disponible a nivel afectivo hace que el bebé deba encontrar otros medios para autorregularse, si resultan estos medios infructuosos arrojan al bebé a la angustia o la depresión. Esto se puede ver en patologías ultra precoces de lactantes donde nos encontramos con trastornos como la anorexia mental severa, insomnios primarios severos, espasmos respiratorios precoces. La respuesta depresiva primaria puede ser también una preforma de la depresión esencial.

Los fenómenos mentales de la depresión primaria se constituyen de la siguiente manera:

La depresión primaria aparece como una ruptura desorganizante del funcionamiento mental anterior. La depresión del bebé es contemporánea de la construcción de relación de objeto y se da entre los 6 y los 18 meses. El bebé deprimido muestra las fallas del funcionamiento mental y las fallas del funcionamiento objetal. Hay una caída de las funciones principales:

- La actitud para reaccionar a las aferencias externas.
- La comunicación.
- El ejercicio de las iniciativas.
- El afinamiento afectivo.
- A las solicitudes.
- A las estimulaciones.

Desaparece el autoerotismo y la realización alucinatoria del deseo (que es la capacidad del bebé de reencontrar en ausencia de su madre satisfacciones experimentadas en su contacto con ellas). La función de anticipación está presente a partir de los tres meses. La atonía depresiva lleva a la extinción de los afectos y al borramiento de las representaciones con una pérdida de la capacidad alucinatoria del objeto.

Los cuidados maternos favorecen en el niño la función mental originaria de ligazón. Esta ligazón permite que el niño entre los 2 y los 6 meses se perciba a sí mismo como portador de sus propios afectos. A partir del momento que él percibe a la madre como alguien distinto (entre los 7 y los 9 meses) el niño descubre su psiquismo exterior y tiene el sentimiento de que tiene un compañero. Un niño menor de 1 año tiene la intuición del humor del otro (se ve cómo enferma el niño en función de su entorno).

Alrededor de 1 año y medio ya posee accesos a la función de simbolización del lenguaje, gracias a todo esto se da la ligazón que posibilita el acceso a la mentalización. En caso contrario nos encontramos con el síndrome del *comportamiento vacío* del niño pequeño donde se hace evidente el déficit fundamental de la función objetal para establecer un lazo o una relación individual ligada por la falta de introyección de una figura materna suficientemente buena. Este déficit, falta de introyección materna, perpetúa el deterioro mental de la depresión; podría constituir uno de los precursores de las disfunciones. No hay metarepresentaciones, ya que no se pudo constituir la representación objetal por fallas primarias de investimento que impiden constituir representaciones y protorepresentaciones.

De la depresión del lactante a la depresión esencial

Lo que interesa es la vertiente desvitalizada de toda depresión, hay un descenso del nivel de actividad pulsional y una inhibición de las funciones del yo. El lactante entra en depresión después de una fase de excitación, de abandono, desesperanza y soledad. Así como el adulto entra en depresión después de una fase de angustia automática difusa que le produce un estado de desbordamiento arcaico donde no se puede llevar a cabo ningún trabajo mental. El objeto no está representado ni es representable.

Marty la llama "esencial" porque se reduce la esencia misma de la afectividad y destruye el tono libidinal. Tanto en la depresión esencial como en la depresión del bebé no hay un espacio para la elaboración mental, con la consecuente desorganización psicosomática en tanto los afectos se suprimen y se derivan al cuerpo. El sujeto no percibe su estado y realiza en forma automática sus actividades.

Conclusión

La depresión del lactante amputa una a una sus capacidades, bloquea su apetito de comunicación, la construcción objetal y la función representativa. Consideramos la depresión un mecanismo de alto riesgo de somatización.

Hay concordancia entre las patologías depresivas adultas con las depresiones del lactante que dan enfermedades graves, como cáncer, enfermedades autoinmunes, etcétera. Los componentes depresivos del síndrome del comportamiento vacío del niño pequeño parten de las patologías somáticas de carencias crónicas; en los casos de niños abandonados, maltratados, sometidos a la incoherencia, esto llevaría a suponer la existencia de fallas originarias inscriptas en la línea depresiva que atraviesan el desarrollo infantil y que surgen en caso de incidentes traumáticos.

Depresión es una manifestación, un conjunto de afectos que implican más que la tristeza, aburrimiento o abulia. La depresión es afectos que se han perdido, pero el sujeto no sabe qué es lo que perdió, siente tristeza o enfermedad somática, es una pérdida inconsciente. Cuando no se sabe qué es lo que se perdió aparecen una serie de procesos que el yo padece y que no puede manejar. La depresión no es una estructura porque no produce permanentes modificaciones en el aparato psíquico.

Para terminar quisiéramos agregar que las depresiones infantiles muestran los agujeros y las heridas que se producen en la organización mental y en sus vicisitudes. Nos encontramos con trastornos de la alimentación, catástrofes orgánicas, hipersomnia, insomnio, torpeza motriz, hipotonía, llanto o tristeza, son algunos de sus síntomas a partir del cual el adulto puede leer la depresión del niño.

A modo de comentario, y para establecer diferencias diagnósticas, nos ocuparemos del aburrimiento, común a toda niñez, pero tiene ciertas peculiaridades en los niños psicosomáticos. Un afecto que suele acompañar fundamentalmente a la falta de hambre o a la falta de apetencia por el conocimiento, el aburrimiento constituye un desajuste entre el placer que correspondería a aquello de lo inmediato (que representa el proceso primario) y el fracaso en la realización de lo que se desea, lo que daría lugar a una hostilidad de orden inconsciente. El aburrimiento es un sentimiento complejo que revela la relación del niño con ideales inalcanzables, así, su falta para tolerar el tiempo que transcurre en

la elaboración que implica todo quehacer. Es un tiempo que no tiene principio ni fin, es un tiempo vacío. El analista contratransferencialmente en esta situación se siente solo y excluido, con imposibilidad de pensar qué sintió el niño cuando fracasó por atraer al adulto.

Los destinos del aburrimiento son: encierro apático, donde el niño se obtura, se opaca en cuanto a la posibilidad de saber, como también la comunicación con el entorno. Se transforma en un trabajador incansable, trabaja todo el tiempo de manera casi automática evitando de esa forma caer en el vacío del aburrimiento y de la angustia. Otras veces nos encontramos con juegos riesgosos para darle un color a la vida (maníaco), lo subyacente es el dolor que el niño no puede procesar porque corresponde a deseos insatisfechos y a decepciones inevitables. Las distintas hipótesis que se manejan para explicar el aburrimiento hablan de un funcionamiento fallido de la madre y el padre. Otras veces, también, la hiperpresencia materna es lo que produce en el niño que no reduzca su omnipotencia y le impide elaborar la categoría posible-imposible. Esta omnipresencia no descatectiza la falta ausencia-presencia; suele estar en padres deprimidos que no pueden aceptar ni las fallas de los niños y tampoco pueden aceptar su agresión. Otras veces encontramos madres presentes pero no disponibles, lo que implica que el niño la descatectice o la reclame.

Lo que quisiéramos destacar es que la depresión en la infancia no es nunca melancolía, porque con los niños hay que tener cautela, dado que son organizaciones en movimiento. Esto constituye un desequilibrio que muy pocas veces compone el motivo manifiesto de consulta, se lo suele descubrir por los síntomas que los padres relatan y donde el diagnóstico no es fácil de precisar. A veces, ciertas manifestaciones depresivas ocurren en momentos de encrucijada o como consecuencia pasajera en organizaciones neuróticas, como la fobia o las neurosis obsesivas. También es útil diferenciar clínicamente la pérdida de un objeto real de otro tipo de pérdidas, ya que nos hablará de con qué grado de simbolización se está trabajando. Por ejemplo, la muerte real que da ausencia y ver si esta muerte constituyó una fractura en la continuidad de su existencia y la de su familia, para considerar si se producen identificaciones patológicas a partir de duelos infantiles. También está la cuestión de si la familia y el entorno social favorecen o no la elaboración de esta pérdida real.

Entonces, repetimos: es normal ponerse triste al enfrentar un duelo o una situación de pérdida, lo anormal es eludir la tristeza. La tristeza demora un tiempo en pasar y luego el sujeto retorna a la normalidad.

Se habla de depresión esencial porque hay un descenso pronunciado y no aparecen síntomas que den cuenta de por qué ese estado. Es un signo de caída del tono mental de las funciones psíquicas, antes se decía depresión sin objeto y sin el consecuente registro subjetivo.

Depresión esencial y pensamiento operatorio son dos caras de un mismo fenómeno que está precedido por un período de angustia difusa y luego por la desorganización somática. A veces desaparece espontáneamente por hechos externos que lo favorecen. Es importante el diagnóstico precoz para evitar las desorganizaciones somáticas. Estas desorganizaciones siempre están desencadenadas por hechos traumáticos no dominados porque no resultan elaborables que no pueden expresarse de otra manera. La angustia ya no sirve como señal de alarma, produce un desbordamiento, no aparece ningún trabajo mental, no se apoyan, por ejemplo, en un síntoma fóbico que no está representado ni es representable. La desaparición espontánea puede ser por reorganización o por la estabilización en la vida operatoria.

Síndrome de la madre muerta - A. Green (1990[1993])

Enfatizar lo vincular no es que la madre haya muerto realmente, sino que la madre estando en duelo retira su carga afectiva del niño. Si ya había tenido un vínculo profundo y estrecho con esta madre, un vínculo libidinal intenso, de repente este vínculo se corta bruscamente, se da el complejo de la madre muerta, que no es la ausencia real sino la ausencia psíquica de una madre absorbida por un duelo. La descripción que hace Green de estos pacientes evoca los aspectos clínicos de los pacientes operatorios. La problemática narcisista asociada a las exigencias del ideal, en oposición con un superyó, organiza los conflictos de sujeto. Encuentra en esos pacientes la existencia de una defensa mediante la realidad, como si el sujeto experimentara la necesidad de adherirse a lo percibido como real, indemne de toda proyección, es decir, la negación de la realidad psíquica. La figura del *duelo blanco* reside en la desinvestidura masiva y radical del objeto primario y crea en el tejido psíquico un agujero negativo de la imagen del objeto perdido. Podemos decir: sucedió algo de un registro traumático en un tiempo precoz del desarrollo pulsional y psíquico, tiempo en el curso del cual el proceso de defusión entre el yo y no-yo, entre objeto y sujeto, no habría finalizado.